



ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA MÉDICO DENTÁRIO

MESTRADO INTEGRADO DE MEDICINA DENTÁRIA

Um médico dentista, um centro de saúde, uma comunidade

Marco Paulo Furtado Costa

Orientadora: Isabel Cristina Gonçalves Roçadas Pires

Co-Orientadora: Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Porto, 2012



ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA MÉDICO DENTÁRIO
MESTRADO INTEGRADO DE MEDICINA DENTÁRIA

Um médico dentista, um centro de saúde, uma comunidade

Marco Paulo Furtado Costa

Orientadora: Isabel Cristina Gonçalves Roçadas Pires

Co-Orientadora: Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Porto, 2012

Um médico dentista, um centro de saúde, uma comunidade

Marco Paulo Furtado Costa

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Marco Costa

Rua Moinho de Vento nº35-A S.Pedro

9500-327 Ponta Delgada – S.Miguel – Açores

settip1@hotmail.com

Resumo

As patologias orais apresentam uma elevada prevalência na população açoriana, acarretando grandes custos económicos e sociais.

A presença de um programa de saúde oral, com um carácter eminentemente preventivo constitui uma mais-valia para a Região Autónoma dos Açores. Não obstante os objetivos concretos e metas sóbrias que o atual programa regional contempla, melhorias podem ser adicionadas, com vista à valorização do mesmo.

Nesse sentido, propomos neste trabalho, entre outras, a introdução de consultas pré-natais, a inclusão de um programa de utilização de fluoretos e selantes de fissuras e o trabalho conjunto de equipas multidisciplinares das diversas áreas de saúde, visando um programa de saúde oral que contemple uma visão mais holística sobre a saúde da população.

Palavras Chave: Região Autónoma dos Açores; programa regional de saúde oral; selantes de fissura; fluoretos, consultas pré-natais.

Abstract

The oral pathologies have a high prevalence in the Azorean population, causing great economic and social costs.

The presence of an oral health program, with an eminently preventive character is an asset to the Azores. Despite the sober concrete goals and targets that the current regional program includes improvements can be added for recovery of the same.

Accordingly, we propose in this work, among others, the introduction of prenatal visits, including a program for the use of fluorides and fissure sealants and joint work of multidisciplinary teams from different areas of health, a program aimed at oral health contemplates a more holistic view on health.

Keywords: Azores; regional program of oral health, dental sealant, fluorides, prenatal

Agradecimentos

Agradeço a meus pais e avó todo o apoio e dedicação para a concretização deste meu projeto pessoal. Juntos conseguimos!

Agradeço às Sras. Professoras que me acompanharam, a Professora Doutora Maria Lurdes Pereira e a Professora Doutora Isabel Pires todo o apoio e dedicação.

Agradeço ainda o Doutor Ricardo Viveiros Cabral, pelo auxílio e fornecimento de dados.

Índice Geral

Página de título.....	2
Resumo.....	4
Abstract.....	5
Introdução.....	8
Materiais e Métodos.....	14
Discussão.....	15
Conclusão.....	24
Bibliografia.....	25

Introdução

Saúde e Qualidade de Vida

A saúde é uma condição essencial para a nossa afirmação enquanto indivíduos; como tal, importa refletir sobre este conceito, em especial, na forma como o abordamos na atualidade. Hoje em dia assistimos a uma mudança de paradigma no que concerne ao conceito de saúde, no sentido em que nos afastamos progressivamente de uma conceção atomista da mesma que visava, sobretudo, uma consideração fisiopatológica do indivíduo, catalogando-o como saudável ou doente e interessando-se, principalmente, com o processo de cura. [1]

Atualmente, abordamos as questões de saúde de um modo mais amplo, considerando não só o aspeto físico, mas também aspetos psicológicos e sociais dos indivíduos; neste modelo conceptual, o foco é desviado do processo de cura para a prevenção das enfermidades. [1]

Embora numa primeira apreciação esta mudança de conceção para uma visão mais holística do conceito de saúde possa parecer meramente uma questão filosófica trata-se, sobretudo, de um salto qualitativo em frente quando definimos a prevenção como prioridade, em especial se considerarmos as melhorias na qualidade de vida dos indivíduos e a redução dos custos, derivados do tratamento das afeções; neste sentido, há que referir que algumas doenças orais, dada a sua elevada prevalência, acarretam custos socioeconómicos muito elevados. [2] [21]

De considerar também a relação entre os conceitos de saúde e de qualidade de vida: embora não sejam sinónimos, interligam-se e sobrepõe-se em certo grau; não obstante, o conceito de qualidade de vida vai mais além do que aquilo que podemos definir como saúde. [1]

Como define o *Centro Para a Promoção de Saúde da Universidade de Toronto* «qualidade de vida pode ser definida, de um modo simplificado, na seguinte questão: *Quão agradável é a tua vida para ti?*». [1]

A compreensão dos conceitos de saúde e de qualidade de vida importam neste trabalho, dado que é da exploração destes modelos e da avaliação da importância socioeconómica

destes conceitos que podemos implementar medidas de saúde pública, em particular no que respeita à saúde oral.

Doenças Orais

As patologias orais atingem uma elevada prevalência no seio da população, acarretando grandes custos económicos e sociais. [3] [4] [5]

É importante compreender as causas que se encontram na base do aparecimento das doenças orais; assim sendo, podemos dizer que a saúde oral encontra-se circunscrita por fatores biológicos, comportamentos de saúde oral, ambiente social e contexto político-económico. Dentro das patologias orais, as mais prevalentes são a cárie dentária e as doenças periodontais. Ambas, constituem um fator de morbilidade, contribuindo para um mal-estar individual que se repercute na vida quotidiana e nas relações interpessoais dos indivíduos. [3] [4]

A presença destas patologias orais correlaciona-se com múltiplos determinantes, nomeadamente a dieta, os níveis de higiene oral, hábitos tabágicos e o estado de saúde geral do indivíduo.

Por seu turno, a presença destas patologias acarreta risco para a saúde sistémica, nomeadamente no que respeita às infeções dentárias que, em pessoas vulneráveis (diabéticos, p.e.), pode levar ao surgimento de complicações de saúde graves. É evidente uma maior prevalência de cárie e doenças periodontais entre os estratos sociais mais desfavorecidos. [2] [6]

A dificuldade no acesso à informação sobre saúde e higiene oral, níveis de escolaridade mais baixos por parte dos progenitores, bem como dificuldade económicas para adquirir pastas dentífricas e escovas, constituem razões válidas para esta correlação positiva.

Também níveis mais baixos de higiene oral relacionam-se com níveis económicos mais baixos, pelas razões supracitadas. A ausência de hábitos de higiene oral leva ao aparecimento das patologias orais abordadas.

A presença de uma alimentação rica em açúcares e a inobservância de uma dieta saudável contribuem também para a presença de elevados níveis de cárie dentária, devido ao processo fisiopatológico que subjaz o aparecimento da mesma.

A presença de hábitos tabágicos, para além dos efeitos nefastos para a saúde geral dos indivíduos, tem implicações negativas na evolução da doença periodontal. Condições sistémicas como a diabetes também influenciam perniciosamente a evolução das doenças periodontais. [2]

A cárie e a doença periodontal, são patologias que podem ser prevenidas, tanto a um nível individual, como a um nível mais abrangente, com medidas que visem grupos populacionais específicos. [3] [4]

Nesse sentido, defende-se que uma promoção da saúde oral de proximidade seja mais efetiva do que programas destinados a grandes massas populacionais. [3]

Organização Mundial de Saúde (OMS)

Para que possamos refletir, neste trabalho, sobre modelos de saúde oral, é conveniente ter em mente valores de referência que possam balizar determinados objetivos a atingir.

Nesse sentido, a OMS estipulou, para cada região a nível mundial, metas a alcançar até 2020, no que à saúde oral diz respeito.

Podemos, sucintamente, englobar todas as metas definidas pela OMS em dois grandes objetivos principais: minimizar o impacto das doenças de origem oral e craniofacial na saúde e no desenvolvimento psicossocial dos indivíduos, promovendo a saúde oral e reduzindo as doenças orais entre as populações e minimizar o impacto das manifestações orais e craniofaciais de doenças sistémicas, usando essas manifestações no diagnóstico precoce e na prevenção dessas mesmas enfermidades. [7]

Daqui, surgem todo um conjunto de metas propostas, com carácter mais particular e que regem, normalmente, as ambições dos programas nacionais e regionais, implementados pelo mundo fora.

Modelos de saúde oral na Europa

Na edição do *TheEuropeanDental Market: Braced for change*, pode ler-se «*de muitas maneiras, a saúde dentária parece encontrar-se isolada dos cuidados de saúde geral*». [8]

Na maioria dos estados europeus os cuidados de saúde oral são sobretudo de cariz privado. [9]

De entre os serviços públicos de prestação de cuidados de medicina dentária, que pesquisamos foi possível categorizar dois grupos distintos: o *tipo «serviço nacional de saúde»*, que se subdivide em dois subgrupos, o «categórico» (a atuação recai sobre grupos específicos- p.e. Chipre, Dinamarca, Islândia, Noruega, Espanha) e o «universal» (disponível, em princípio, a toda a população- p.e. Filândia, Grécia, Itália, Suécia e Reino Unido) e o *tipo «seguro social»*, que se baseia no recurso a seguros públicos de saúde compulsivos, por vezes complementados com seguros privados. [8]

De um modo geral, as fontes de provisionamento dos serviços de saúde oral ao longo da Europa provêm de quatro origens diferentes: impostos, fundos de seguro públicos, seguros privados e contribuição individual do paciente. [8]

No que respeita ao sector privado, verifica-se uma desregulação no que respeita às cobranças dos serviços de saúde dentária, verificando-se que as tabelas de preços variam de acordo com o desenvolvimento económico de cada estado. [8]

É importante referir que se assiste, por toda a Europa, a um aumento do fosso entre grupos socioeconómicos mais favorecidos e os mais desfavorecidos no que concerne aos níveis de presença de doença e na capacidade de visitas regulares aos médicos dentistas. [8]

Focando-nos no modelo sueco, a responsabilidade pelos cuidados de saúde oral recaem sobre os condados, que organizam localmente o serviço público de saúde. Desde 1974, um programa nacional de seguro dentário abrange todos os habitantes, tornando os cuidados de medicina dentária acessíveis a todos os habitantes. Neste contexto, os governos centrais ou locais possuem um papel determinante na observação de resultados, financiamento e supervisão dos serviços dentários. [9]

Uma boa saúde oral bem como uma dentição estética são consideradas muito importantes, e o consumo de serviços médico-dentários é mais elevado em sociedades saudáveis.[9]

As doenças orais em Portugal

Tem-se assistido a uma diminuição da cárie dentária entre as populações infanto-juvenis, em Portugal. A realização de programas de promoção de saúde oral efetuadas essencialmente em meio escolar, desde 1986 poderá ter contribuído em parte para este fenómeno.

Não obstante, a prevalência da cárie dentária mantém-se elevada. A título de exemplo, o índice CPOD aos 15 anos em 2005 foi de 3.04. No mesmo ano, a percentagem de crianças livres de cárie dentária (aos 6 anos) foi de 51%, o que constitui uma melhoria face aos valores anteriormente registados no ano 2000 (cerca de 30%); ainda assim, um pouco distante do valor preconizado pela OMS para a região europeia (80%). No que respeita às doenças periodontais, possuem também uma prevalência elevada entre as populações analisadas, que aumenta com a idade da população em estudo. Como exemplo, aos 15 anos, cerca de 80% dos jovens apresentaram hemorragia gengival e/ou cálculo. [3]

Importa referir que, os indicadores de doença periodontal refletem sobretudo o nível de higiene oral pelo que percentagens tão elevadas de indivíduos afetados indicam um perfil de saúde oral deficiente que necessita de projetos efetivos de intervenção sobre a higiene oral das crianças e jovens, em Portugal. [3]

Feito o enquadramento sucinto da situação de saúde oral (no que respeita à cárie e às doenças periodontais), resulta importante referir que, em termos de medidas preventivas, preconiza-se em Portugal a aplicação de selantes de fissuras nos dentes dos grupos posteriores, bem como a administração de fluoretos, tanto em contexto escolar como em casa e a escovagem dos dentes com pastas fluoretadas. [3]

A prestação de cuidados preventivos é assegurada, sobretudo a nível particular e em pequena percentagem, com carácter regional, nos centros de saúde através de higienistas orais e nas escolas através de equipas de saúde escolar.

Região Autónoma dos Açores (RAA)

A população açoriana apresenta níveis baixos de indicadores de cuidados de saúde oral, sendo detentora dos piores índices de saúde oral do país, segundo um estudo levado a cabo pela Direção Geral da Saúde, em 2000. Para a dentição permanente a RAA apresenta, para a faixa etária dos 15 anos um valor de CPOD de 3.6, mais elevado do que a média nacional (CPOD- 3.04). A percentagem de crianças com 6 anos, livres de cáries na sua dentição permanente foi de 41.9%, valor 9% mais baixo do que o apresentado a nível nacional. [3] [5] [10]

O número de dentes perdidos nos Açores também era dos mais elevados do país. [3]

Em termos periodontais, os Açores, em conjunto com a Madeira, apresentam as percentagens mais elevadas de jovens com doença periodontal, do país. [3]

O índice periodontal comunitário, nos Açores, apresenta um valor médio por sextantes hígidos de 0,57, para sextantes com hemorragia é de 0,37 e com tártaro é de 0,38. [5]

A RAA apresenta elevada prevalência de doenças orais, acessibilidade insuficiente aos tratamentos médico-dentários e défices de conhecimento das noções básicas de saúde oral. [10]

Assim sendo, a disponibilização de uma atenção permanente e um investimento na área da saúde oral nos Açores constitui uma mais-valia para toda a população açoriana. [10]

A RAA possui um plano regional de saúde oral que tenta ir de encontro às médias nacionais e às metas estipuladas pela OMS para 2020.

O programa regional de saúde oral da RAA tem metas claras para a redução da prevalência da cárie dentária e para aumento de crianças (com seis anos), livres de cárie, em 50% até 2012. Pelo que podemos observar, as propostas apresentadas no programa regional de saúde oral focam-se sobretudo ao nível da educação para a saúde e higiene oral. A abordagem dos fluoretos é, sobretudo, no sentido de uma monitorização dos níveis de flúor nas águas de consumo e a aposta nos dentífricos fluoretados. Sobre os selantes de fissura, consultas pré-natais, cáries precoces da infância, necessidade de

ação de equipas com carácter multidisciplinar no que concerne às patologias orais, não é feita nenhuma referência. [10]

A população-alvo do programa regional de saúde oral são «todos os Açorianos e todas as pessoas que escolhem os Açores para viver»; a sua ação desenrola-se nos centros de saúde (com médicos dentistas) e nos hospitais (com estomatologistas) da região. [10]

Não obstante os resultados regionais ficarem aquém da média nacional, podemos constatar melhorias significativas dos índices de cárie e de saúde periodontal relativamente a estudos efetuados anteriormente, na RAA (em comparação com último estudo efetuado de 2005). [5]

O programa de saúde oral da RAA apresenta metas claras, que pretendem uma convergência com os objetivos preconizados pela OMS e possui um cariz essencialmente preventivo o que, para nós, constitui uma base de trabalho satisfatória para o que pretendemos nesta dissertação. No entanto, achamos que a introdução de algumas noções, bem como a aposta em alguns meios de prevenção constituiriam uma mais-valia ao programa regional de saúde, na sua globalidade.

Materiais e métodos

Esta é uma monografia de revisão bibliográfica, baseada na revisão de literatura subordinada à temática dos serviços nacionais e regionais de saúde oral, cuja bibliografia foi pesquisada nos motores de busca online tradicionalmente utilizados (www.pubmed.com) e na biblioteca da FMDUP.

A pesquisa foi efetuada entre Abril e Junho de 2012, com preferência por artigos em língua portuguesa e inglesa.

As palavras-chave utilizadas durante a pesquisa foram: programa de saúde oral, selantes dentários, fluoretos, Região Autónoma dos Açores e saúde oral, saúde oral pública.

Discussão

«*Só a prevenção vence flagelos*». Esta frase citada por Chaves M. no seu livro *Odontologia Social* sensibiliza-nos para a importância da prevenção em qualquer plano de saúde, particularmente, no caso dos programas de saúde oral.

Todavia, pelo acima exposto, prevê-se a necessidade de percorrer um longo caminho de sensibilização para a saúde oral na RAA, cuja base deverá assentar numa política de prevenção das doenças orais e com o foco na mudança de comportamentos, não só no que à higiene oral diz respeito, mas também à saúde geral dos indivíduos, com a adoção de estilos de vida saudáveis das populações. Como foi já anteriormente referido, o programa de saúde oral da RAA debruça-se sobretudo num modelo preventivo que passa pela transmissão de conhecimentos sobre saúde e higiene oral. Este modelo deverá ser aplicado com especial cuidado, pois evidências sugerem que, por si só, um aumento de conhecimentos nesse domínio não conduz, necessariamente, a uma alteração de comportamentos. [11]

Não devemos olhar para a prevenção na saúde oral de um modo isolado, mas sim tentar integra-la num âmbito mais alargado de políticas de prevenção da saúde em geral, de modo a aumentar a eficácia da sua aplicabilidade. [4]

Esta abordagem permite combater a influência de fatores deletérios que constituem um risco comum, não só para a saúde oral como para a saúde sistémica dos indivíduos. Alguns desses fatores de risco comum incluem o tabaco, dieta inadequada, stress, consumo de álcool, má higiene e estilo de vida sedentário. [3] [4] [12]

Com esta conceção do *fator de risco comum* pretende-se pois incrementar os níveis de saúde oral das populações, ao mesmo tempo que se tomam iniciativas de promoção de saúde geral. [4]

Esta *abordagem do fator de risco comum* assume uma maior importância se considerarmos que uma má higiene oral encontra-se associada com um maior risco de doença coronária, por exemplo. [2] [12] [14]

É relevante referir que esta abordagem faz parte da carta de objetivos preconizados pela OMS, para o ano de 2020. [7]

Não obstante a ambição dos objetivos apresentados no programa regional de saúde oral da RAA, o acréscimo desta visão mais holística da saúde oral seria um fator enriquecedor a adicionar e com uma importância fundamental, nomeadamente no modo como as pessoas encaram a sua saúde oral, evitando isolá-la e evidenciando a sua importância em termos sistémicos.

Deste modo, importa elucidar a importância do bem-estar físico e psicológico do indivíduo como fator fundamental na qualidade de vida do mesmo e, aqui, embora não sejam geralmente fatais, as doenças orais são um fator importante de morbilidade, afetando sobremaneira o dia-a-dia e as relações interpessoais, em suma diminuindo a qualidade de vida dos indivíduos. [3] [15] [16]

Outra questão pertinente a abordar é «a quem deve destinar-se os programas de saúde oral?» Aqui, importa refletir sobre duas questões fundamentais: a disponibilidade económica e eficácia relativa de programas dirigidos à população em geral ou a grupos populacionais específicos.

Os programas de saúde oral públicos dirigidos a toda a população acarretam custos avultados. Não obstante, se analisarmos a razão custo/benefício, podemos concluir como *Lacophino A.*, «um investimento racional de fundos em saúde oral pode traduzir-se em melhorias na saúde e qualidade de vida das populações, resultando em diminuição de gastos anuais em saúde». [9] [14]

Atendendo também a *Wamala S. et al.* «as limitações financeiras limitam o acesso aos cuidados de saúde contribuindo para a criação de desigualdades no que respeita à saúde, entre indivíduos», tornam necessária a intervenção governamental, no sentido de se tomarem medidas políticas de saúde que mitiguem essas discrepâncias. [13]

Na Suécia, as discrepâncias financeiras entre os indivíduos acabam por constituir a maior razão das discrepâncias nos níveis de saúde oral dos cidadãos, ainda mais do que fatores de estilo de vida. [13]

Nos Açores, o programa regional de saúde oral destina-se a todos os habitantes residentes na região. [10]

Também como já foi referido, há uma elevada prevalência de doenças orais na RAA e uma acessibilidade insuficiente aos tratamentos de medicina dentária que justifica a

existência de um serviço de saúde oral público, se tivermos em mente o custo elevado que as patologias orais não tratadas podem acarretar para os serviços de saúde e para a economia em geral. [10] [16]

A cárie, enquanto patologia multifatorial, exige uma abordagem multidisciplinar para um combate eficaz à mesma.

Não obstante o foco dado à prevenção das doenças orais e promoção da saúde oral no programa de saúde oral da RAA, que contempla um conjunto de atividades organizadas visando sobretudo as populações escolares, o mesmo carece de referências a um modelo de prevenção multidisciplinar, das patologias orais que, na nossa opinião, viriam enriquecer o atual programa de saúde oral. [10]

Como já foi referido, o tipo de dieta, os hábitos de higiene oral, bem como as facilidades de acesso a cuidados de saúde oral influenciam de sobremaneira o aparecimento da patologia cárie.

O envolvimento de nutricionistas, incluídos num programa abrangente de saúde em geral, acarretaria uma valorização do programa regional de saúde oral. Há muito tempo que se encontra estabelecida uma relação direta entre o tipo de alimentação (nomeadamente as dietas ricas em açúcares) e o aparecimento da doença cárie.[12]

Se tivermos em conta o programa de *Karlstad*, de remoção profissional e regular de placa, conduzido num grupo de crianças em idade escolar com elevada prevalência de cáries, com resultados muito animadores, a longo prazo, no que respeita à diminuição da incidência de cárie e de doenças periodontais, também a existência de um programa abrangente de remoção de placa, aberto à população não trabalhadora seria, de um modo relativamente simples, uma medida altamente proveitosa no combate à cárie e às doenças periodontais, nos Açores. Este tipo de medida (remoção mecânica de placa) não possui qualquer referência no atual programa de saúde oral da RAA e, segundo Helen C., *et al.* «*constitui-se como o método mais aceite para prevenir as doenças periodontais*». [11] [12]

Outro tópico importante a abordar, no que respeita à prevenção, diz respeito à utilização de fluoretos.

Os fluoretos, ao potenciarem a remineralização do esmalte e ao inibirem a desmineralização dentária, constituem um mecanismo preventivo muito importante, a explorar. Os efeitos anti-cárie do flúor são essencialmente tópicos, quer em crianças, quer em adultos. [18]

Fomentar a utilização de pastas dentífricas com flúor e, o fornecimento compulsivo de colutórios com flúor a crianças em idade escolar, constitui também um mecanismo preventivo, que deve ser utilizado no combate à patologia cárie. Embora seja referida a aplicação de fluoretos através de pastas dentífricas, no programa regional de saúde oral, achamos que outros meios de aplicação (nomeadamente através de bochechos quinzenais, p.e.) em populações específicas com elevado risco de cárie, deveriam ser considerados.

No caso dos Açores, exige-se que se faça uma ressalva, pois em determinados locais os níveis naturais de flúor na água canalizada são elevados, o que determina a existência de casos de fluorose, em localidades específicas. [5]

Este facto implica uma necessidade de efetuar estudos de doseamento do ião flúor, nas águas de consumo das freguesias da região, estudo esse já contemplado no programa regional de saúde oral da RAA. [10]

Em conjunto com a aplicação tópica de flúor, a aplicação de selantes de fissuras constitui uma abordagem efetiva para a prevenção de cáries, tendo o seu uso combinado, segundo um estudo de 1985 um potencial de redução de cárie que varia entre 80% a 90%. [11] [19]

Os selantes são normalmente aplicados nos molares permanentes cuja morfologia (existência de fossas e fissuras), constitui um desafio à sua higienização. [20]

Se avaliarmos os custos relacionados com a aplicação de fluoretos e de selantes de fissuras, comparando-os com os custos do tratamento de lesões de cárie e, se tivermos em mente a sua grande efetividade, chegamos à conclusão que a sua inclusão num programa de saúde oral torna-se uma medida de prevenção efetiva. [21]

No programa regional de saúde oral não consta qualquer referência à utilização de selantes de fissuras, pelo que achamos, uma vez mais, que seria uma medida a aplicar no programa regional de saúde oral da RAA.

A eficácia de um bom programa de saúde oral passa pela sua capacidade de contemplar medidas que levem a uma prática intercetiva, ao nível dos consultórios médico dentários; quer isto dizer, é vantajoso fomentar práticas que conduzam a uma deteção precoce de eventuais problemas e que previnam a sua instalação.

As cáries precoces da infância, como o próprio nome indica, são lesões que se instalam numa fase muito precoce, logo após a erupção dos primeiros dentes decíduos.

Algumas características clínicas desta entidade patológica são o seu desenvolvimento precoce, logo após a erupção dos primeiros dentes e em superfícies dentárias que, normalmente, têm uma baixa susceptibilidade e o carácter específico do desenvolvimento das mesmas, influenciado pela sequência da erupção, fatores relacionados com comportamentos alimentares das crianças, padrões de movimentos da língua e ação da musculatura oral. [18]

As repercussões que advêm da presença deste tipo de cáries nas crianças são as seguintes: perda da função mastigatória e, com possível aparecimento de dor, infeções locais, infeções gerais, alterações do desenvolvimento da dentição, perda da harmonia e expressão faciais, alterações do desenvolvimento geral, alterações do desenvolvimento intelectual, alterações da linguagem e trauma psicológico. [18]

Normalmente, sem qualquer tipo de intervenção, assiste-se à perda de um grande número ou da totalidade de peças dentárias. [18]

Mais, parece existir uma relação entre a presença de cáries precoces da infância e uma maior probabilidade de desenvolver futuramente lesões de cárie, não só na dentição decídua, como também na permanente. [18]

As cáries precoces da infância constituem um problema de saúde pública, atualmente reconhecido. [18]

Não obstante, verifica-se a não tomada de medidas de controlo e de prevenção, inclusive nos países mais desenvolvidos. [18]

Esta atitude fica a dever-se à falta de recursos financeiros e de profissionais de saúde dentária treinados para tratar crianças de pouca idade, convicções e experiências negativas por parte das mães quanto ao uso dos serviços de saúde dentária nos seus

filhos e o pouco interesse dos profissionais de saúde dentária pela temática da prevenção em Medicina Dentária. [18]

Observe-se ainda, que a frequente não colaboração das crianças obriga muitas vezes ao tratamento das lesões sob efeito de anestesia geral, o que acarreta gastos mais significativos.

No que respeita a medidas de prevenção das cáries precoces da infância, passa essencialmente pelo controlo de três situações específicas: o controlo da desmineralização do esmalte, através da aplicação de fluoretos tópicos, o controlo da dieta (que passa, sobretudo, pela sensibilização e «educação» dos progenitores) e o controlo da transmissão mãe/filho de bactérias cariogénicas (nomeadamente o *s.mutans*).

Dadas as implicações, não só para as crianças como para toda a sociedade (se pensarmos nos gastos envolvidos para o tratamento de situações mais complicadas) e a relativa facilidade da sua prevenção, torna-se evidente a necessidade de, não só reconhecer esta entidade patológica como um problema de saúde pública que deve ser combatido, mas também de criar um conjunto de medidas efetivas que sensibilizem os profissionais de saúde dentária para o seu combate. Assim sendo, a inclusão de um programa de prevenção e combate às cáries precoces da infância no programa regional de saúde oral da RAA constituiria uma mais-valia ao mesmo, sem precedentes no resto do país.

Ainda no capítulo das cáries precoces da infância, há que referir a importância de um controlo pré-natal de alguns fatores que tornam susceptível o aparecimento das mesmas, fatores esses que serão abordados seguidamente, no próximo tópico: reflexão sobre a inclusão de consultas pré-natais como medida preventiva, no programa regional de saúde oral da RAA.

O período de gravidez pode acarretar algumas alterações a nível oral, na mulher, nomeadamente ao nível gengival (sangramentos gengivais, epúlides grávidas).

A não observância de uma boa conduta de higiene oral pode acarretar riscos acrescidos de transmissão de bactérias cariogénicas para a criança, progressão da doença periodontal e até mesmo de complicações sistémicas que, inclusive, podem comprometer a gravidez. [17] [18]

É, pois, de vital importância que a grávida seja acompanhada durante todo o período de gravidez, no sentido de manter uma boa condição oral durante esse período e sensibilizar a mulher para a importância de uma boa higiene oral e implicações nefastas, para si e para o bebé, de negligenciar a sua condição oral.

O período de gravidez é, por natureza, uma boa altura para sensibilizar a mulher no sentido de alterar hábitos de higiene oral ou de alimentação, dado que se encontra altamente receptiva a todo o tipo de informação conducente a uma gravidez sem problemas e ao conforto do bebé. [17]

Segundo Louise D., et al. no seu estudo «*Can a Prenatal Dental Public Program Make a Difference?*» concluem, para o caso canadiano, uma melhoria nas capacidades de higienização oral, com resultados ao nível da condição gengival, das mulheres que participaram no programa de saúde oral pré-natal. Mais, as mães referenciadas no estudo admitem dar uma maior atenção à saúde oral dos seus bebés. [17]

Interessa também referir que, parece haver uma associação entre a saúde oral materna durante a infância e a saúde oral da criança, durante o seu desenvolvimento, correndo maior risco de também virem a ter uma saúde oral desfavorável. [22]

Do acima exposto, podemos pressupor a importância da inclusão de consultas pré-natais, no programa regional de saúde oral da RAA, como um mecanismo de educação e prevenção muito importante, que pode repercutir-se em resultados muito positivos a médio e longo prazo, na saúde oral da sociedade açoriana.

Nessas consultas, deverá fazer-se um aconselhamento dietético e sobre práticas de higiene oral, informar a grávida sobre os meios de transmissão de *s. mutans* (chupeta, chávenas, beijo, etc...), colocar selantes de fissura (se necessário), efetuar o tratamento de eventuais lesões de cárie e, determinar os níveis de *s. mutans* (idealmente); as metas deste tipo de consulta são, sobretudo, iniciar um programa pedagógico que influencie não só a grávida, mas também a criança, durante o seu desenvolvimento, evitar complicações durante a gravidez e reduzir os níveis de *s. mutans* na grávida, de modo a evitar a transmissão ao bebé. [18]

A disponibilização de consultas pré-natais e do bebé seria uma medida francamente benéfica pois, como já foi acima referido, a elevada receptividade da grávida para

adquirir novas informações relacionada com a sua saúde e com a saúde do seu bebé, neste período, transformam-na num «alvo» perfeito de um programa de prevenção.

Resta-nos abordar e desenvolver o papel do médico dentista no seio da comunidade, num contexto de saúde oral público, como é o caso da RAA.

Segundo o *Estudo Regional de Prevalência das Doenças Orais na População Escolarizada da RAA de 2005* «a RAA é constituída por um arquipélago de 9 ilhas, organizadas localmente por 19 concelhos e 154 freguesias. Existem 16 centros de saúde com 14 médicos dentistas nos quadros de pessoal e 5 médicos dentistas em contrato de provimento. Há 3 hospitais com 6 estomatologistas». Queremos com isto referir a organização regional dos cuidados de saúde oral nos Açores, e definir como círculo básico de ação o concelho, provido do seu centro de saúde.

Neste ponto, interessa-nos refletir sobre o papel do médico dentista no seio de um programa de saúde pública.

Se tivermos em conta a ideia de um programa de saúde oral de carácter essencialmente preventivo e intercetivo, assumiremos que o médico dentista que integra o nosso programa tenha como principais características um conhecimento em medicina dentária geral aliado a uma perceção de saúde oral comunitária apurada.

Aproveitando os meios instalados e o tamanho relativamente pequeno das populações de cada concelho açoriano, a aposta deverá ser no sentido de fornecer uma medicina dentária de proximidade, em que o médico dentista do centro de saúde se dá a conhecer à sua população, surgindo como um agente de confiança e como autoridade no que respeita à saúde oral do concelho.

É óbvio que esta visão insere-se num programa mais vasto, a nível regional, com metas comuns que convirjam com os objetivos nacionais e da OMS.

O médico dentista generalista do centro de saúde deve ser o promotor da divulgação de informação relacionada com saúde e higiene oral, trabalhando em concertação com outras autoridades regionais de saúde e da educação.

Por outro lado, seria interessante que houvesse a dotação das escolas de material relacionado com higiene oral (livros, jogos e material educativo relacionado com saúde oral, vídeos, etc...) que facilitem a exposição do médico dentista, nesses locais.

Outra situação interessante a explorar são as visitas a lares de 3ª idade, cujas populações de residentes apresentam problemas específicos que, por vezes, carecem de aconselhamento especializado; dada a sua vulnerabilidade e especificidade, são outro setor que deve ser contemplado no programa de saúde oral de uma região com um número crescente de idosos.

O carácter preventivo do programa passa também pela identificação de indivíduos de risco (nomeadamente para a cárie dentária), para que sejam alvo de medidas preventivas (colocação de selantes, por exemplo) e de uma maior vigilância.

Importa também vincar a sensibilização dos médicos dentistas generalistas dos centros de saúde para os problemas de má-oclusão e de ortodontia; a interceção precoce desse tipo de problemas e sua resolução atempada podem ser suficientes para a resolução de situações que, não tratadas, constituem-se como graves, de difícil tratamento, com prejuízos para as crianças e com custos elevados.

O próprio programa regional de saúde, idealmente, deve englobar as contingências necessárias para atuação precoce em casos de má-oclusão e ortodontia, em crianças de pouca idade (dentição mista – tratamento fase 1) pois constitui uma medida de prevenção que pode implicar redução significativa de custos em tratamentos e num bem-estar das crianças, numa fase decisiva do seu desenvolvimento (infância e adolescência).

Conclusão

De um modo geral, o programa regional de saúde oral da RAA atual constitui-se como uma base sólida para o projeto a que nos propomos neste trabalho. Apresenta objetivos concretos e metas sóbrias, que pretendem uma convergência com as médias nacionais e com o estipulado pela OMS para 2020.

Assim sendo, propomos enriquecer o programa, com a colocação de consultas da grávida e do bebé, esclarecimento da ação do médico dentista do centro de saúde, focalizando-o como gestor e agente base de todo o programa, e inclusão da avaliação de problemas de má-oclusão e ortodontia e sua resolução, como objetivos do programa regional de saúde oral da RAA.

A aplicação de fluoretos em conjunto com a aplicação de selantes de fissuras constituem uma abordagem muito efetiva de combate à cárie dentária, cuja inclusão no programa de saúde oral da RAA seria de longe uma enorme mais valia.

Também pretendeu-se demonstrar a importância de uma visão mais holística do conceito de saúde oral, e da necessidade de uma intervenção multidisciplinar em problemas caracteristicamente multifactoriais, como são algumas das doenças orais (nomeadamente a cárie dentária).

Bibliografia

- [1]- Locker D., *Measuring Oral Health and Quality of Life. Cap. II.* Chapter Hill: University of North Carolina, Dental Ecology 1997.
- [2]- Weyne S., A Construção do Paradigma de Promoção de Saúde – Um Desafio para as Novas Gerações. In: *Promoção de Saúde Bucal.* São Paulo: Editora Artes Médicas; 2003. p. 1-20.
- [3]- *Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais.* Lisboa: DGS, 2008, 126p;
- [4]- Crosse A. *Oral Health Strategy 2009.*
- [5]- *Estudo Regional de Prevalência das Doenças Orais na População Escolarizada da Região Autónoma dos Açores em 2005.* Secretaria Regional dos Assuntos Sociais da Região Autónoma dos Açores, 2005, 120p.
- [6]- Mitchell L., Mitchell D., *Medicine Relevant to Dentistry.* In: *Oxford Handbook of Clinical Dentistry.* Oxford: Oxford University Press; 2009. P. 489-555.
- [7]- Hobdell M. *et al. Global Goals for Oral Health 2020.* International Dental Journal. 2003; 53: 285-288.
- [8]- Matthews R. *A Healthy Market? The European Dental Market: Braced for change?* Pp. 3-6.
- [9]- Widstrom E., *et al. Oral Health Care and Treatment Needs in Barents Region.* International Journal of Circumpolar Health. 2010; 69:5.
- [10]- Programa Regional de Saúde Oral. DRS, 2009-2012. Pp. 1-9.
- [11]- Gift H., *et al. Public Knowledge of Prevention of Dental Disease.* Public Health Reports. 1994, Vol 109, No 3.
- [12]- Maltz M., *et al. Health Promotion and Dental Caries.* Braz. Oral res. Vol.24 supl.1 São Paulo, 2010.

- [13]- Wamala S., et al. *Inequity in Access to Dental Care Services Explains Current Socioeconomic Disparities in Oral Health: The Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005*.
- [14]- Lacopino A. *Integrating Oral Health and Medicine: Impending Change in the Canadian Health Care System?*. *J Can Dent. Assoc.* 2011; 77:b25.
- [15]- Grath C., Bedi R. *Public dental health: Can dental attendance improve quality of life?* *British Dental Journal* 190, 262 - 265 (2001).
- [16]- Facts and Figures: The estate of Oral Health in Europe (2012). Pp. 1-2.
- [17]- Louise D., et al. *Can a Prenatal Dental Public Health Program Make a Difference?* *J Can Dent. Assoc.* 2011; 77:b32.
- [18]- Pereira A., et al., Cap. 1, 4 e 5. In: *Cáries Precoces da Infância*. Medisa: 2001.
- [19]- Glasrud P. *Insuring Preventive Dental Care: Are Sealants Included?* *Am j Public Health* 1985; 75:285-286.
- [20]- Seppala S., et al. *Pit and Fissure Sealants in Dental Public Health- Application Criteria and General Policy in Finland*. *BMC Oral Health* 2009, 9:5.
- [21]- Klein S., et al. *The Cost and Effectiveness of School-Based Preventive Dental Care*. *Am J Public Health* 1985; 75:382-391.
- [22]- Shearer D. *Does maternal oral health predict child oral health-related quality of life in adulthood?* *Health and Quality of Life Outcomes* 2011, 9:50 doi: 10.1186/1477-7525-9-50.

